

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca



El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad como constancia de entrega del documento para ingreso al Repositorio Digital (Dspace).

TITULO	TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y TRATAMIENTO		
SUBTITULO	MÁS ALLÁ DE UN MOLDE PERFECTO.		
AUTOR(ES) Apellidos, Nombres (Completo) del autor(es) del trabajo	Liévano Mejía, Shaila		
PALABRAS CLAVE (Mínimo 3 y máximo 6)	trastornos alimenticios		calidad de vida
	tratamiento		
	presencia de síntomas		
RESUMEN DEL CONTENIDO (Mínimo 80 máximo 120 palabras)	<p>El presente es un estudio cualitativo-descriptivo; se realizaron entrevistas semiestructuradas para identificar aspectos psicológicos que inciden en episodios de TCA a tres mujeres que han atravesado un tratamiento, determinando posibles características obstaculizadoras del mismo. Se revela el soporte de la teoría con los resultados, destacando falencias en dinámicas familiares, ideal de belleza social, falta de flexibilidad, imposición de metas que atentan la salud y dependencia de la autopercepción con la estabilidad emocional. Planteando el trabajo hacia necesidades individuales, fortalecimiento de la autoestima, concientización del paciente, inclusión familiar en el tratamiento, entre otros, para reducir al máximo la presencia de síntomas, identificando y fortaleciendo los procesos de recuperación de TCA, para apoyar el mejoramiento de la calidad de vida de esta población.</p>		

Autorizo (amos) a la Biblioteca Octavio Arizmendi Posada de la Universidad de La Sabana, para que con fines académicos, los usuarios puedan consultar el contenido de este documento en las plataformas virtuales de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Trastornos alimenticios y tratamiento: más allá de un molde perfecto.

Liévano M, Shaila

Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana.

Resumen

La presente investigación se basa en la realización de un estudio cualitativo tipo descriptivo; se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres mujeres, con el fin de identificar los aspectos psicológicos relacionados con la presencia de episodios asociados a los TCA en tres pacientes que han atravesado un proceso de tratamiento, para poder de esta manera determinar posibles características no favorecedoras asociadas al tratamiento que han experimentado. Se revela el soporte de la teoría recopilada con los resultados obtenidos, destacando falencias en las dinámicas familiares, el ideal de belleza impuesto socialmente, la falta de flexibilidad, la imposición de metas que atentan la salud y la dependencia de la percepción física con la estabilidad emocional; para las cuales, se plantea el trabajo hacia las necesidades individuales, fortalecimiento del autoestima, concientización del paciente, inclusión del sistema familiar en el tratamiento, entre otros, con el fin de reducir al máximo la presencia de síntomas, identificando y fortaleciendo las falencias en los procesos de recuperación de TCA, para apoyar el mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

Palabras clave: trastornos alimenticios, tratamiento, presencia de síntomas, calidad de vida.

Abstract

This research is based on a descriptive qualitative semi-structured interview in three women, in order to identify the psychological aspects related to the presence of episodes associated with eating disorders, in three patients who have been through a treatment process, thus to determine possible characteristics that do not support the treatment they have experienced. According to what mentioned and thanks to the support that makes the theory side by side with the results compiled in the study, it is revealed the importance of the gaps in family dynamics, the ideal beauty socially imposed, the lack of flexibility, the imposition of targets that threatens health and the dependence of physical perception and emotional stability. However that is the reason why it is recommended, working toward the individual needs, strengthening self-esteem, awareness of the patient, including the family system in the rehabilitation process, among others; in order to minimize the presence of symptoms of ED, identifying and strengthening the weaknesses on treatment processes of eating disorders, optimizing the life quality for this population.

Keywords: eating disorders, treatment, presence of symptoms, life quality.

Trastornos alimenticios y tratamiento: más allá de un molde perfecto

A nivel mundial y a medida que pasan los años se ha venido observando cada vez más la incidencia de diversos factores asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, razón por la cual se hace evidente la importancia de reconocer y abarcar variables contextuales y establecer hipótesis a partir de estudios orientados a intervenciones que disminuyan el impacto de estos factores y así evitar las reincidencias del trastorno, para así lograr tener un mejor entendimiento de ésta problemática y a la vez, un mayor beneficio en cuanto al bienestar de éstas mujeres.

Por esta razón, aunque se ha reconocido la influencia de la política comercial acerca de la belleza como concepto basado en los cuerpos perfectos que desembocan en aceptación social como un factor importante, se puede ampliar la mirada sobre las causas y mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), puesto que existen otras tantas variables, que tal vez no se consideraban trascendentales, a nivel individual, social y terapéutico. Lo anterior sustenta el interés de la realización de la presente Tesis, la cual pretende identificar aquellos aspectos que inciden en la presencia de síntomas en mujeres diagnosticadas con Trastornos de la Conducta alimentaria. Para lo cual, el propósito será que futuros psicólogos, familias y la población misma con TCA, se concientice en cuanto a los aspectos que se identificarán en el presente trabajo y de esta forma se logre optimizar al máximo la calidad de vida de los pacientes y así reducir esta problemática.

La cuarta versión del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) de la American Psychology Association (2002) define los trastornos alimenticios como alteraciones graves en la conducta alimentaria, clasificándolos en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno alimenticio no especificado (TCANE).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son alteraciones graves en todas las conductas que involucran la alimentación. Dentro de éstos se encuentra entonces la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), la primera “consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo” (DSM-IV, 2002, p. 653); puede ser de tipo

Rest restrictivo en donde para bajar de peso se utilizan dietas, ayuno o ejercicio intenso y no se presentan ni atracones ni purgas las cuales si se presentan en el tipo Compulsivo/Purgativo donde además es frecuente la utilización excesiva de diuréticos, laxantes o enemas. La segunda, consiste en “atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, excesivamente influida por la silueta y el peso corporal” (DSM-IV, 2002, p. 660). Estas conductas se deben producir como mínimo durante 3 meses en promedio 2 veces a la semana y se caracterizan por la gran cantidad de ingesta sin importar el tipo de comida que ingieren. Tanto la AN como la BN pueden ser de tipo Purgativo, si hay uso de laxantes, diuréticos y provocación del vómito, y no Purgativo si se utiliza el ayuno, sin purga. Existe también el TCA no Especificado, que está definido como un trastorno que no cumple con los criterios diagnósticos para AN ni BN; aunque en este caso se abordará el estudio a partir de participantes con estos los primeros diagnósticos.

Igualmente, en la AN se presenta amenorrea y distorsión en la percepción corporal, que además, afecta la autoestima del participante. En general, las personas con AN tienen poca conciencia de padecerlo (DSM IV, 2002). Como indicador clínico, el diagnóstico y tratamiento se deben realizar si el paciente está por debajo del 85% del peso ideal, ya que el pronóstico se complicaría, sin un tratamiento adecuado (Yager, et. al., 2006). La bulimia nerviosa de igual forma, está basada en una autoevaluación del peso y figura corporal del participante y a diferencia de la anorexia, los participantes que presentan bulimia nerviosa, son conscientes de su comportamiento (implicando que no hay tanta distorsión en la percepción corporal como en la Anorexia, precisamente porque usualmente las personas con Bulimia tienen peso considerado adecuado) y tratan de ocultar los síntomas debido a que sienten vergüenza (DSM IV, 2002).

En cuanto a la comorbilidad de los TCA y otros trastornos, Nogales (2007) destaca la manifestación de síntomas psiquiátricos como depresión (intento de suicidio), ansiedad (Rodríguez, 2007; Silva, 2008; González, 2001) y el comportamiento obsesivo-compulsivo, entre otros (Vansteelandt, et al., 2003). Del mismo modo, Castellón, Luna, y Avendaño (2006), agregan la relación con trastornos de Personalidad, siendo los de mayor co-morbilidad el trastorno de personalidad por evitación (43%), el de personalidad dependiente (15%), el trastorno obsesivo compulsivo (14%), el paranoide (14%). y el límite (Sánchez, Torres & Borda, 2002; Rodríguez, 2007; Nogales, 2007) .

Siguiendo con la evolución del trastorno, sus consecuencias pueden ser graves, ya que uno de cada diez casos de anorexia nerviosa causa la muerte por inanición, paro cardíaco u otras complicaciones médicas, agravadas porque estas personas niegan su enfermedad (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2005). Seguido a esto, las estadísticas de mortalidad para estos desórdenes en Estados Unidos muestran índices de a 4% para Anorexia Nerviosa, 3.9% para Bulimia Nerviosa y 5.2% para Trastorno Alimenticio No Especificado (Scott, et al, 2009).

El inicio de TCA generalmente se da en la adolescencia, donde se fortalece el procesamiento cognitivo, dificultando así la aceptación de cambios físicos y psicológicos de la pubertad, siendo estos contrarios al concepto de belleza sociocultural, promovido por medios masivos para lograr un cuerpo perfecto como mediador del éxito personal (Shiltz, 1998, citado por Unikel & Gomez-Peresmitré, 2003; Bedoya & Marín, 2009; Zoletic & Duraković-Belko, 2009; Weissberg & Quesnel, 2004; Behar & Valdés, 2009; Dittmar, Halliwell & Stirling, 2009; Cash & Pruzinsky, 2002), por lo que se hace esencial abarcar a su vez, esta influencia familiar y social, donde los conflictos, la crianza inapropiada, el abuso psicológico y la preocupación por el peso; producen en el individuo esfuerzo por satisfacer las expectativas de los demás, con el fin de llegar a la autoaceptación, generando como resultado desesperanza, impotencia, carencias, conflictos personales, baja autoestima, socialización perturbada, insatisfacción con la imagen corporal y perfeccionismo (Shiltz, 1998, citado por Unikel & Gomez-Peresmitré, 2003; Pérez, 2004; Cohen, 2006; Lyubomirsky, Sousa & Casper, 2006; Weissberg & Quesnel, 2004; Pascual & Chapur, 2002; Louis, 2009; Calvo, Puente & Vilariño, 2008, 2008; Collins, Collins & Berry, 2008; Salorio, et al, 2010; Sim & Zeman, 2006). Es así como la familia se convierte en la institución más influyente en esta etapa de la juventud, trayendo consigo estas alteraciones parte de la vida cotidiana. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2005; Weissberg & Quesnel, 2004; Pascual & Chapur, 2002; Cash & Pruzinsky, 2002; Calvo. et. al., 2008; Collins, Collins & Berry, 2008; De Socio, et al, 2007).

Otro aspecto que se visto relacionado con los TCA es la dificultad para el alcance de logros; puesto que los pensamientos negativos y la baja autoestima pueden generar miedo a cometer errores. (Behar & Valdés, 2009; Zoletic & Duraković-Belko, 2009; Pascual & Chapur, 2002; Cash & Pruzinsky, 2002; Gil, 2005; Bedoya & Marín, 2010; Rie, Noordenbos & Furyh, 2005). Esto sucede debido al constante deseo de mantener una figura y un peso adecuado.

(Rodríguez, et al, 2007). Acosta y Gomez-Peresmitré (2003), Lamerias, Calado, Rodríguez & Fernández (2003) y Gil (2005) a su vez, exponen que los TCA están asociados a la *insatisfacción* con la imagen corporal (percepción psicológica, no real); los mismos autores destacan que la composición de estos trastornos está basada en la representación mental, donde subyacen las áreas perceptiva, cognitiva, afectiva y conductual; la alteración de la imagen corporal y el desequilibrio resultante se origina en alguna de estas áreas, entendiendo del mismo modo que la imagen corporal es inestable, pues depende del estado anímico, el medio ambiente y otros factores. Shiltz (1998, citado por Unikel & Gomez-Peresmitré, 2003; Bedoya & Marín, Zoletic & Duraković-Belko, 2009; Weissberg & Quesnel, 2004; Behar & Valdés, 2009; Dittmar, Halliwell & Stirling, 2009; Cash & Pruzinsky, 2002).

Es así cómo González (2001); Salorio, et. al., (2010) Calvo, et. al., (2008) han hecho énfasis en la presencia de emociones negativas; estas varían de acuerdo al tipo de TCA, en donde para AN la irritabilidad se suprime y se expresa contra sí mismo, mientras que en BN los afectados dirigen esos sentimientos de rabia especialmente a sus seres queridos, produciendo sentimientos de culpa en los mismos (Truglia, Mannucci, Lassi, Rotella, Faravelli & Ricca, 2006). Como producto de los disturbios emocionales mencionados anteriormente, se puede generar aislamiento; Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby y Mitchel en el 2006 y Gil en el 2005, argumentan que cómo resultado de este aislamiento se generará la represión emocional, unido a la falta de eficacia para la solución de problemas, experimentando vacíos internos, los cuales intentarán ser saciados con los alimentos, convirtiéndose la comida en el sustituto de la verdadera necesidad.

Todo esto va incidiendo negativamente en la calidad de vida de esta población, puesto que, según La Organización Mundial de la Salud (OMS y Bryony Bamford y Sly Richard citados por Rie, Noordenbos & Furryh, 2005) esta se ve influenciada por la percepción propia de cómo es vista en los contextos socio-culturales, donde se desarrollan las metas y los objetivos personales. Así, se ha hecho útil entender el impacto completo de la enfermedad (Rie, Noordenbos & Furth, 2005). Esta mirada integral es útil para dar una capacitación a las personas con TCA, que les permita aumentar el control sobre la propia salud desde distintos focos. (Giraldo, et al, 2010)

Ahora bien, para comprender la evolución de los TCA, de acuerdo a Andersen y Yager (2005) y Handy y Ross (2005), se debe abarcar todo el ciclo vital, para saber cómo intervenir de

la manera más adecuada y generar una reestructuración mental y un cambio conductual (Bedoya & Marín, 2010; Acosta & Gomez-Peresmitré, 2003). De la misma manera, Fairburn y Beglin (2004) aseguran que se debe abordar principalmente la base del trastorno, el tiempo de evolución, el estado de salud, el nivel de autoestima bajo, los atracones, las conductas compensatorias, las dietas restrictivas, la perturbación psicológica de la figura y la co-morbilidad con trastornos asociados a la enfermedad, pues su presencia predispondrá la eficacia del tratamiento (Saldaña, 2001; Giraldo, et. al., 2010). Por tal razón, se debe fortalecer la autoestima, mediante el desarrollo de la comprensión objetiva de fortalezas y debilidades, promoviendo así el pensamiento flexible, la reestructuración del concepto “éxito” y la visión del perfeccionismo cómo la imposibilidad de sí mismo; optimizando así hábitos saludables como autocuidado, concientización y la interacción en entornos sanos. (León, et al, 2004; Giraldo, et. al., 2010; Zoletic & Duraković-Belko, 2009; Acosta & Gomez-Peresmitré, 2003).

Es por esto que la indagación de la historia personal, y la descripción y análisis de las dinámicas familiares y sociales, son cruciales para detectar un posible TCA, para desarrollar un diagnóstico conveniente que conduzca a una prevención mas temprana (Andersen & Yager, 2005; Handy & Ross, 2005). De acuerdo a esto, se debe abarcar todas las variables (internas y externas) influyentes mencionadas con anterioridad, y otorgar apoyo profesional al paciente y a su familia, ya que en la recuperación, se deberán fortalecer estrategias de afrontamiento para enfrentar la obsesión por los alimentos. (Saldaña, 2001; Handy & Ross, 2005). Por lo anterior, la inclusión de la red de apoyo en el tratamiento beneficiará la expresión afectiva a nivel familiar y social (Calvo, et. al., 2008; Andersen & Yager, 2005). Es así como se hace importante el estimular recursos como la resiliencia familiar, la cual ayudará a la recuperación de adversidades, transformando positivamente el sistema y enfrentando eficazmente los desafíos del trastorno; manteniendo actitud positiva, identificando problemas y las opciones disponibles para solucionarlos; por medio de la toma decisiones en equipo, aceptando las circunstancias no controlables; siendo claros en las expresiones y generando finalmente apoyo mutuo entre los miembros. (Walsh, 2006)

Así, se puede prevenir especialmente la presencia de síntomas de TCA, la cual para González (2001) implica volver a actitudes y conductas de la etapa anterior al tratamiento, generando deterioro físico, psicológico (Rodríguez, 2007), así como dificultad para tomar de

decisiones y reconocer emociones, culpabilidad, conductas defensivas, soledad, depresión, baja tolerancia a la frustración, o mentiras conscientes y manipulación, entre otros comportamientos problemáticos asociados a la presencia de síntomas de TCA (González, 2001). No obstante, durante el tratamiento, la presentación de este tipo de conductas tiene una alta frecuencia (González, 2001; Wechselblatt, Gurnick & Simón, 2000; Weissberg y Quesnel, 2004); es por esto, que es necesario tomar un papel activo, ya que habrán momentos donde la persona estará tentada a volver a aquellos caminos no saludables (González, 2001). De este modo, la presencia de síntomas en el tratamiento debe verse como un medio eficaz para fortalecer la conciencia gracias a insights proveídos conjuntamente con ayuda del terapeuta. (Vansteelandt et., al., 2004; Wechselblatt, Gurnick & Simón, 2000)

En las etapas de recuperación, la obsesión mental se hace frecuente, presentando problemas internos entre la nueva personalidad en recuperación y la posible presencia de síntomas; ya que el trastorno genera una pérdida de control, debilitando la autoestima e impidiendo que la persona se vea así misma objetivamente (Wechselblatt, Gurnick & Simón 2000). Para afrontar esto, según Weissberg y Quesnel (2004), la psicoterapia es una buena alternativa para poder intervenir en los conflictos personales y sociales que inciden en la prevalencia y origen de TCA, generando así un mejor pronóstico; dentro de esta opción se utilizan frecuentemente métodos como la terapia de grupo para empezar el tratamiento, promoviendo la expresión emocional, la motivación y finalmente, la adecuada adherencia psicoterapéutica, al centrarse en la valoración de la vida que tienen los otros sin el trastorno y que quieren ayudar a sus homólogos en el proceso de recuperación (Gurnick & Simón 2000).

Dado lo anterior, el *objetivo* de éste estudio se centra en la identificación de aspectos psicológicos relacionados con la presencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en tres pacientes que han seguido un proceso terapéutico. Los objetivos específicos son:

1. Describir cómo es la experiencia posterior a un tratamiento con presencia de síntomas en personas diagnosticadas con trastornos de alimentación.
2. Identificar los aspectos que afectan positiva o negativamente el proceso de tratamiento para trastornos de la alimentación.

Método

El método del estudio es de tipo descriptivo, mediante una estrategia cualitativa, para la indagación de la presencia de síntomas asociados al TCA, a partir de la descripción y las percepciones de pacientes sobre las conductas, emociones y pensamientos que han experimentado en el tratamiento, por medio de entrevistas semi-estructuradas que realizará el investigador a cada una de las jóvenes. De esta manera, se lograran identificar factores en común con cada una de las participantes para conocer los comportamientos de especial atención asociados a la presencia de síntomas del trastorno. (Valles, 2000)

Todo lo anterior respaldado por un paradigma hermenéutico- interpretativo que de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006) servirá como agente de comunicación para la interpretación de resultados, ya que estos serán valorados por medio de la construcción personal de cada una de ellas.

Participantes

Tres mujeres mayores de edad previamente diagnosticadas con trastornos de la alimentación, que posteriormente han recibido un tratamiento terapéutico para el mismo.

	Sexo	Edad	Diagnóstico	Estado actual	Tiempo en el trastorno
Participante 1	Femenino	27 años	Anorexia Nerviosa	En tratamiento	17 años
Participante 2	Femenino	22 años	Anorexia Nerviosa	En tratamiento.	6 años
Participante 3	Femenino	26 años	Bulimia Nerviosa	Dada de alta	13 años

Instrumento

Entrevistas semiestructuradas a cada una de las jóvenes y grabaciones de las mismas.

Para Troncoso y Daniele (2010), las entrevistas semiestructuradas forman uno de los procedimientos de estudio cualitativo, en el que el entrevistador comprende el lenguaje de los entrevistados, apropiándose del significado que estos le den al ambiente donde se han desarrollado todas las actividades, cercando las preguntas sobre los aspectos que son de su

interés apreciar. Por consiguiente, la entrevista beneficiará la aproximación sobre el proceso vivenciado en el desarrollo del TCA, basándose en una guía de conversación, cuyos temas serán determinados globalmente. Adicional a esto, se generarán preguntas que no han sido planteadas debido a la interacción con las entrevistadas, sin dejar de lado el objetivo de la investigación (Ver anexo I).

Procedimiento

La muestra se selecciona gracias al contacto con la psiquiatra del Centro: *Grupo Cambio Vital*, (ver anexo II) expertos en salud emocional y nutrición integral; quién favoreció el acceso a las tres colaboradoras según las necesidades de la investigación y su disposición para participar de manera proactiva en la misma. Para lo cual, posteriormente fue establecido el contacto con cada una de ellas, informándoles la manera en la que se llevaría a cabo el estudio. Consecutivamente, se acordó el momento más adecuado para la realización de la fase de entrevistas con cada una, de forma independiente y guiado por los correspondientes consentimientos informados (Ver anexo III). A continuación, se llevó a cabo la fase de interpretación, análisis de resultados y finalmente se realizó un informe centrado en reconocer el conocimiento y las vivencias de las participantes que han experimentado un proceso de recuperación correspondiente, manteniendo su bienestar y anonimato para no generar mayor impacto sobre este, con el fin de entender cómo se presenta este fenómeno en esta población que ha sido poco estudiada nacional e internacionalmente.

Análisis y Sistematización de Datos

Para analizar la información proveniente de las entrevistas, se va a utilizar un método cualitativo de tipo categórico desde un enfoque ideográfico. Este enfoque parte de las ideas y comportamientos del individuo, abarcando todos sus aspectos de manera detallada, para el cual la importancia de la cultura y la sociedad que lo rodea son fuertes influencias para el moldeamiento de su personalidad, atribuyendo a causas externas sus actitudes, sus creencias y su manera de afrontar el mundo y las diferentes situaciones por las que atraviesa (Marvin, 2001). Ahora bien, para el desarrollo de las mismas, estas fueron grabadas por voz, distintos días con cada una de las participantes, según la conveniencia, aumentando la validez y asegurando el cumplimiento de los objetivos establecidos. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas

para que las respuestas más relevantes pudieran ser clasificadas teniendo en cuenta las categorías, los consensos obtenidos y los puntos de vista individuales y así ubicarlas en una matriz de análisis de datos en Excel. Finalmente, se lograron las conclusiones y la discusión de los puntos más importantes compartidos, teniendo en cuenta la información recopilada para soportar los resultados conseguidos.

Resultados y Análisis de resultados

Los resultados de la presente investigación tienen en cuenta la clasificación anteriormente mencionada, las cuales hacen alusión a los aspectos más importantes del desarrollo y la presencia de síntomas de TCA en los diferentes ámbitos, como parte la vida de las tres participantes. Para los cuales, a continuación, se destacaran las principales características compartidas por las colaboradoras de acuerdo a sus experiencias:

Primera categoría: *Percepción de sí mismo*

Las participantes 1 y 3 señalan la dependencia entre la autoestima y el TCA, ya que para no volver al trastorno, la persona debe ser capaz de aceptarse tal cual es en los diferentes aspectos.

“...si yo tengo una autoestima alta es porque ya no me importa lo que me digan, porque ya no me importa si estoy flaca, si estoy gorda, si soy alta, si soy bajita, no me interesa porque ya aprendo a quererme como soy... el autoestima es la clave de la recuperación...” “...te recuperes porque ya estás amando...el cuerpo, ya te estás respetando y aceptando tal cual como eres... percibirse con defectos... con cualidades como cualquier ser humano...” (Participante 1).

La participante 2 señala la subestimación de afrontar la situación por falta de motivación, miedo a la frustración y/o a romper un hábito el cual le genera control de la situación a la persona.

“...creo que aún todavía soy muy temerosa... uno se pone en lo peor... uno dice “para que empiezo a pelear si ya sé que voy a perder”... ni siquiera uno tiene la intención de empezar a luchar... prefiero no sufrir y prefiero no luchar, sino quedarme en lo que estoy, estoy más segura...” (Participante 2).

En cuanto a la evaluación de sí mismas en el TCA, la participante 2 afirma que es esencial el trabajo hacia el autoconocimiento, cuestionamiento y concientización de la problemática junto con sus consecuencias, ya que terminan siendo afectadas también las personas que rodean a individuo, quienes buscan es el bienestar de la persona; seguido a eso, se destaca la evaluación del papel que se está empleando para salir del TCA (actitud, pensamientos y motivaciones personales)

“...pensar que este problema no solo lo involucra a uno sino a todos los miembros de la familia... las actitudes y las acciones que yo hago... “¿cómo afectan... a las personas que me rodean y las personas más cercanas a mí?”...tratar de ponerse... en los zapatos de la otra persona... “¿qué actitud tengo yo frente al problema?”...si definitivamente no quiero poner atención a nada de lo que me van a decir o si definitivamente sigo “aunque sea voy a escuchar una alternativa distinta que de pronto me podría gustar más.”...” (Participante 2).

Teniendo en cuenta las características que pueden afectar de manera negativa la imagen que tienen de sí mismas, la participante 2 revela la predisposición de acontecimientos, el temor hacia la comida y el ser radical para la toma de tomar decisiones, todos estos generados por pensamientos negativos; centrando así, el foco de atención en el trastorno.

“...uno se subestima mucho... anticiparse a las cosas... el temor que uno tiene que la comida se convierte en un monstruo muy grande... ser tan radical en los pensamientos negativos... no hay posibilidad que entre o salga algo distinto... y en eso se convierte, la vida se reduce al problema...” (Participante 2).

Finalmente, la participante 3 destaca la relevancia que tiene la exigencia de los parámetros de belleza a nivel social, basados en la delgadez; esto la lleva a conocerse las medidas del cuerpo, a tal detalle, que evidencian cualquier aumento o reducción del mismo. Se suman a esto la insatisfacción permanente, hasta en el estado de delgadez, aumentando así, el hábito que poseen de evaluarse subjetivamente en el espejo o en fotografías, y produciendo distorsión de la autopercepción física de la persona

“... estar a cada rato midiéndonos en un espejo... nos conocemos hasta el último hueso cómo se nos nota... nos lleva a tener una imagen distorsionada... uno se obsesiona y uno se quiere ver pues ya súper comprimido... es difícil porque yo aun estando dizque recuperada me sentía como gordita cuando yo miro esas fotos y veo que estaba muy flaca...” (Participante 3).

Segunda categoría: *Creencias sobre el trastorno.*

Todas las participantes están de acuerdo en cuanto a la trascendencia de pensamientos positivos basados en la autoestima alta, el afrontamiento adecuado del trastorno, como aspectos

favorecedores del curso de la recuperación. Al mismo, tiempo las participantes 2 y 3 consensan en cuanto al logro de los aspectos mencionados anteriormente en compañía de la motivación y el apoyo adecuado ejercido por parte de las personas que rodean al individuo.

“...el apoyo de las personas que me aprecian y están dispuestas a vivir conmigo este problema.” (Participante 2).

De otro lado, todas las colaboradoras acuerdan con la ausencia de motivación, como aspecto no favorecedor de la recuperación, así como la falta de conciencia del trastorno, obstaculizando el mismo.

“Cuando tú tienes una baja autoestima... no eres capaz de priorizar las cosas en tu vida...” (Participante 3).

Es de gran relevancia destacar que este tipo de personas, de acuerdo a todas las participantes, deben cambiar el foco de atención en cuanto a las creencias que abarcan el concepto de belleza, que se encuentra asociada a la estabilidad emocional de la persona.

“...esa creencia de que “todo el mundo debe ser igual”... de que lo bonito es de cierto tipo...” (Participante 2).

A esto, las participantes 2 y 3 suman el entendimiento de la individualidad, para evitar el establecimiento de modelos a seguir.

“...tratar de entender... que todos los cuerpos son distintos...” (Participante 2).

La participante 3 menciona como relevancia para iniciar un TCA, la falta de conciencia al momento de organizar las prioridades, atentando contra la vida por cumplir una auto imposición "la delgadez" de cualquier manera posible, sin medir las consecuencias y así poder estar satisfecho consigo mismo.

“....te puede llevar a hacer cosas que atenten contra ti mismo... por conseguir tu meta que es bajar de peso... sin importar los medios y ya” (participante 3).

Por su parte, la participante 2 comunica como aspecto negativo de la recuperación, la presión constante por parte de sistemas cercanos para la pronta recuperación, produciendo el efecto contrario de la misma. Igualmente, ésta participante ilustra la falta de flexibilidad en el individuo, ya que el TCA conlleva signos de auto exigencia y rigidez difíciles de romper

“...es supremamente complicado tomar la decisión de “bueno, voy a cambiar eso” “...un caparazón que es indestructible y yo digo “de aquí no voy a salir y nadie me lo va a desbaratar”...” (Participante 2).

Por su lado, de acuerdo a la participante 3, la soledad no ayudará en el proceso de recuperación, ya que la persona en este aislamiento se escudará en la comida.

“...la soledad ... encontrar otras fuentes de entretenimiento porque... sin darse cuenta está comiendo otra vez ansiosamente y otra vez te sientes lleno a reventar y la solución primero es ir a vomitar...” (Participante 3).

Según las creencias a cambiar, la participante 2 comenta sobre cómo estas dificultan la evaluación de las posibilidades que se tienen para afrontar el trastorno.

“...uno...merece las mismas posibilidades... ser feliz... tener siempre la idea de “¡si puedo!” “sé que está pasando esto... voy a tratar de buscar una solución” y no seguirle dando alas a ese pensamiento negativo para que se siga volviendo una cosa gigante que ya llega al punto donde uno no sabe qué hacer...” (Participante 2).

Por su lado, la participante 3, insiste en la importancia del establecimiento de prioridades, así como la apreciación de las consecuencias de la enfermedad a futuro.

“...¿Qué es más importante... tu familia ... o tu obsesión por ser delgada?”, “... poder sacar adelante tu profesión, estudiar, trabajar, servirle a la humanidad en el que trabajo que te desempeñas, sentirte útil o inteligente o ser una flaca o tener que recurrir a la bulimia o a la anorexia para ser flaca?”...” (Participante 3).

Tercera categoría: *Influencia de la familia y el entorno*

El entorno familiar en el que viven todas las participantes, ha incidido en la aparición de TCA, ya que las mismas destacan la gran importancia que se le da a la apariencia física en las familias, siendo este factor evidente por medio de comentarios negativos para los miembros de la familia. De la misma manera, las participantes 2 y 3 destacan la falta de conocimiento del trastorno y de su desarrollo por parte de la familia, lo cual genera comentarios, perjudicando de esta manera a la persona misma dentro del proceso de recuperación.

“...comentarios como... “estas más rellenita” “antes estabas súper flaca”... aunque ellos lo dicen para hacerte sentir mejor y más, porque nosotros tenemos un grande problema, que es creernos solo bonitas cuando estamos... lo suficientemente delgadas, entonces para nosotras que nos digan rellenitas o eso ya es sinónimo de una obesidad extrema... fealdad, entonces yo creo que cualquier comentario relacionado a tu habito alimenticio...siempre nos van a afectar a nosotras porque nosotras tenemos como un duelo que nos hace tomar todo de una manera mala...” (Participante 3) *“... como que en cada reunión surgen las mismas preguntas, surgen los mismos comentarios, surge el mismo tema de conversación y se vuelve un circulo vicioso del que todos hablan uno no está pensando en si de pronto estoy afectando a alguien o si de pronto con eso podría afectarme a mí misma...”* (Participante 2)

Según esto, Los participantes 2 y 3 recalcan la importancia de recibir la aceptación de cada una de las personas como parte de un sistema interaccional, destacando los aspectos positivos de cada uno como individuo único, y siendo constructivos en la manera de comunicarse entre los mismos.

De otra parte, para la aparición de un TCA, todas las participantes destacan la influencia de los medios de comunicación, por medio de la muestra de la delgadez como "ideal a seguir".

"(los medios)...están mostrando como lo perfecto, como una idea de perfección, uno siempre va a tratar de acomodarse a esa perfección..." (Participante 2).

Es de esta manera que la lucha constante para lograr ese "ideal" se fortalece y de acuerdo a las participantes 2 y 3, se genere la comparación de sí mismas a nivel físico con otros, lo cual hará que se desee acceder a un ideal de la manera más rápida posible:

"... uno nunca se va a dejar de comparar... te tienes que enfrentar con...una realidad y con una mala realidad... el concepto de belleza está un poco distorsionado..." (Participante 3).

En cuanto a otros factores familiares que favorecen el desarrollo de TCA, la participante 1 destaca presencia de síntomas relacionados con un TCA en otros miembros del núcleo familiar:

"...somos siete mujeres... una tuvo anorexia y la mayor tuvo una hospitalización porque tomó yodo para adelgazar...tienen aparatos para adelgazar, pastillas para adelgazar... Se habla muchísimo de la figura todo el tiempo" (participante 1).

Unido a lo anterior, la participante 3 señala que es importante el acceso a herramientas de fortalecimiento, para afrontar de una manera adecuada la dinámica familiar y social y así evitar la influencia del medio respecto al cuerpo.

Cuarta categoría: *Actitudes de la persona con TCA frente al tratamiento*

En cuanto a las actitudes frente al tratamiento, todas las participantes destacan la importancia que tiene la concientización y la actitud positiva, ya que gran parte de la recuperación, estará en manos de la persona misma, independientemente de los terapeutas o el tipo de proceso al que se esté asistiendo.

"...ser consciente de que...necesita ayuda... ayuda profesional, pero que también... compromiso por parte de la persona." (Participante 3).

Según los aspectos que las participantes cambiarían de los tratamientos experimentados, las participantes 1 y 3 consensan en cuanto al peso del profesionalismo por parte de los profesionales que componen el tratamiento, para poder abarcar el trastorno de una manera adecuada.

“...me ha tocado enseñarles a mí qué es la enfermedad, como meterlos en mi mundo... Que se creara un lugar en donde realmente lo respetaran a uno como enfermo y le dieran el tratamiento adecuado...” (Participante 1).

De la misma manera, las participantes 2 y 3 destacan la ventaja de la psicoterapia grupal, ya que motiva a la persona a mantener una actitud proactiva, pues el apoyo otorgado por pares que pasan por experiencias de vida similares, generará la movilización de la expresividad emocional.

“... sentir como el amor y la fraternidad y el apoyo de las personas...eso te ayuda a sentirte que importas y que se están preocupando por ti, eso es muy bueno... también el poder de saber desahogarte...” (Participante 3).

No obstante, la participante 2, señala que este factor grupal puede también generar consecuencias negativas, ya que puede estimular el repetir conductas inapropiadas por verlas en otras pacientes, que amplíen la capacidad de manipulación y resistencia a la recuperación.

“...una cita con varias pacientes, Mmm... puede traer cosas buenas como también puede traer cosas malas porque precisamente las personas somos tan hábiles...aprovechamos lo negativo de la otra persona para acomodarlo a nuestra situación...”. (Participante 2)

La participante 1 hace alusión a la identificación temprana del trastorno para facilitar un mejor pronóstico y por ende su recuperación.

“... influye... el tiempo de evolución... no estoy disculpándome...llevo 17 años” “...niñas que llevaban 6 meses... en este momento están súper bien... hasta ahora ellas están como tejiendo la red...”. (Participante 1).

Mientras que la participante 3 recomienda el cuidado adecuado cuando se está recuperado, pues, sin desearlo se puede volver a este tipo de conductas asociadas al TCA.

“...como la diabetes que dicen que no se puede curar pero es algo que se puede controlar...uno tiene que tener mucho cuidado cuando ya está recuperado totalmente porque uno puede reincidir... me debo cuidar cada día y debo tener cuidado cuando yo misma sienta que estoy comiendo de mas... ahí es donde debo tener cuidado y ya y parar eso antes de que sea tarde...”. (Participante 3).

En cuanto a los cambios que se deberían aplicar a los tratamientos experimentados, la participante 1 argumenta sobre la personalización y la no generalización de este proceso, centrarlo de acuerdo a las necesidades y fortalezas de cada individuo.

“...el tratamiento no debería ser en general... cada una tiene una vida... unas creencias... debería ser como individualizado, para cada quien un tratamiento...” (Participante 1).

La participante 3 establece la falencia en cuanto la excesiva focalización de los tratamientos en la comida que debe o no ingerirse, y sugiere que se amplíe la mirada para poder desviar este foco atencional y así encontrar otras áreas de interés.

“sofocan tanto como en tu problema... “no puedes comer esto””...enseñarle a la persona que su vida es más que la comida... hay cosas más valiosas en las que usted realmente deba ocupar su tiempo...” (Participante 3).

También, con relación a los tratamientos, la participante 2 comenta sobre la importancia del seguimiento de las sesiones psicoterapéuticas, fortaleciendo los avances adquiridos. Aunado a eso, la participante 3 comenta que se deberían separar los grupos terapéuticos de acuerdo a la problemática, ya que las experiencias son distintas. Seguido a esto, incluye la evitación de la señalización por parte de los profesionales hacia el paciente, respecto a la enfermedad. Finalmente, la misma argumenta la importancia de la inclusión de profesionales de la alimentación para poder enseñar hábitos alimenticios saludables basados en la promoción de la calidad de vida de la persona.

*“...no recordarle todo el tiempo que está enferma... mortificándose y pues sufriendo...”
“un nutricionista que enseñe buenos hábitos alimenticios y que le ayude a uno a quitar varios mitos... que realmente está haciendo todo lo contrario y lo está llevando a reincidir otra vez...”* (Participante 3).

Discusión y Conclusiones

Partiendo del objetivo general de la presente investigación, el cual abarca la identificación de aspectos psicológicos relacionados con la presencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en tres pacientes que han seguido un proceso terapéutico, se evidenciaron síntomas asociados al mismo en las categorías propuestas.

Inicialmente, en cuanto a las percepciones de las pacientes de su propia imagen corporal, los TCA son la manifestación final de conflictos personales y sociales con este aspecto. La imagen percibida por tanto se origina por la influencia a nivel social, no por sucesos o juicios más objetivos, como lo explican (Sánchez, Torres & Borda, 2002; Calvo. et. al., 2008; Cash & Pruzinsky, 2002; Dittmar, Halliwell & Stirling, 2009), ya que está basada en la idealización de la delgadez; hay una necesidad de aceptación externa y una incapacidad de verse de otra manera más positiva. De este modo, para lograr obtener el control sobre la presencia de síntomas, se debe promover el interés hacia nuevos focos que hagan parte del ciclo vital, rompiendo la obsesión hacia el cuerpo y la comida, y buscando una valoración de la vida sin el trastorno. Lamerias et. al., (2003) respaldan el trabajo sugerido por los resultados del estudio en cuanto a la importancia de la resignificación cognitiva de las autopercepciones y con este, cambios conductuales, apreciando variables (internas y externas) que puedan favorecer o impedir la eficacia del proceso psicológico del tratamiento, fomentando estrategias de afrontamiento para ejercer control sobre la insatisfacción de la imagen corporal, por medio de la elevación del autoestima. Igualmente, como lo sostienen León, et. al., (2004), Wechselblatt; Gurnick y Simón (2000) y Zoletic y Duraković-Belko, (2009), se debe ir en busca de la autoaceptación, la flexibilidad y la conciencia del trastorno, teniendo en cuenta que el cambio de actitud es indispensable para la modificación del comportamiento requerido. Trabajando a su vez, en los problemas individuales (valoración de sí mismo, distorsión cognitiva y falta de motivación) y sociales (complicaciones familiares e interaccionales de importancia y aislamiento social),

En cuanto al entorno familiar, se ven deficiencias en las dinámicas familiares y falta de conciencia del trastorno por parte de la familia y del paciente, vistos estos como componentes negativos para la aparición y mantenimiento de síntomas de TCA, pues hacen que la recuperación se dificulte, lo que coincide con varios estudios consultados (Behar & Valdés, 2009; Kirszman & Salguero; 2001, Yager, 2005; Calvo. et. al., 2008; Zoletic & Duraković-Belko, 2009; Weissberg & Quesnel, 2004; Pascual & Chapur, 2002; Pérez, 2004; Handy & Ross, 2005; Collins, Collins & Berry, 2008). Así es como se hace importante trabajar en aspectos tales como la resiliencia familiar propuesta por Walsh (2006), la cual se encuentra dirigida a la recuperación de condiciones negativas experimentadas por la familia; permitiéndoles a los mismos desafiar esta problemática de la forma más adecuada, reconociendo recursos personales y grupales y de

este modo, lograr tomar decisiones a nivel familiar, permitiendo la flexibilidad ante las dificultades y promoviendo aceptación de los miembros y su expresión emocional.

De acuerdo a lo previamente mencionado y según como lo es expresado por las colaboradoras, las dinámicas familiares establecidas influyen en la formación de las creencias exteriorizadas respecto al TCA; a su vez se sustenta la magnitud que tiene la valoración de sí mismo, así como la concientización de la enfermedad dentro del tratamiento.

Correspondientemente, Ghaderi y Scott (2001) presentan que por medio de la baja autoestima, el TCA generará desconfianza e inseguridad en sí mismo; ya que las dietas que se generen y las expectativas poco realistas de sus resultados, llevarán a que la persona se decepcione cada vez más de sí misma y fortalezcan negativamente los síntomas asociados al trastorno.

Abarcando la actitud en el tratamiento, se destaca la importancia que tiene la motivación, decisión, concientización, perseverancia, proactividad y el trabajo constante hacia proyecto de vida, ya que gran parte del éxito de la recuperación, estará en manos de la persona misma, independientemente del tipo de proceso al que se esté asistiendo, pues sin esta, la recuperación no se dará con la misma eficacia. En vista de lo afirmado por las participantes, cuando los pacientes han recibido la psicoeducación apropiada, el terapeuta deberá promover la responsabilidad con respecto a la toma de decisiones ante el trastorno, puesto que los estudios, (Miller & Hays, 2000) sugieren que los pacientes que aumentan su adherencia a los regímenes del tratamiento, se convierten en agentes activos en pro de su salud, ya que estas estrategias comportamentales darán como resultado beneficios para la persona como lo son; el establecimiento de metas, el compromiso, la disposición para el cuidado de sí mismo y el autocontrol; ayudando de esta forma al enfrentamiento adecuado de la enfermedad.

Igualmente, se debe recordar que la presencia de síntomas de TCA en el tratamiento, a pesar de su impacto, bien manejadas a través de un proceso de recuperación podrían ser también facilitadoras del fortalecimiento de la conciencia sobre la salud y el amor propio, como lo plantean Wechselblatt, Gurnick y Simón, (2000).

Siguiendo por la misma línea, existe una clara relación con los resultados y las investigaciones realizadas, (Andersen & Yager, 2005; Gil, 2005; Fairburn & Beglin, 2004) donde para evitar la presencia de síntomas, en el tratamiento se deben instaurar aprendizajes

adecuados de alimentación y el restablecimiento de procesos cognitivos; beneficiado por la evaluación de la base del trastorno, para así poder abarcarlo convenientemente. Ya que de acuerdo a las entrevistas y soportado por Gil (2005) y Acosta y Gomez-Peresmitré, (2003), para la eficacia del tratamiento, se hace indispensable suprimir la relación entre la insatisfacción personal y la imagen corporal percibida; así como lo es la ingesta de los nutrientes adecuados que necesita el cuerpo y el cerebro, para que el individuo pueda cognitivamente comprender el proceso que se está realizando y beneficie a su vez, su estado de salud.

De la misma manera y como lo es mencionado por algunas de las participantes, la psicoterapia de grupo ayudará a facilitar la adherencia, expresión emocional y el auto cuestionamiento por el reflejo en otros que estén pasando por situaciones paralelas (Weissberg & Quesnel, 2004). Unido a esto, tanto el grupo terapéutico como la inclusión de la red de apoyo en el proceso, posibilitará la ventilación emocional (Calvo, et. al., 2008; Acosta & Gomez-Peresmitré, 2003; Pérez, 2004; Pascual & Chapur, 2002; DeSocio, et., al, 2007; Bedoya & Marin, 2010) combatiendo la soledad y el aislamiento social, donde se presentan vacíos que se suelen suplir en estos trastornos de manera compulsiva (Lilenfeld, et. al., 2006).

Después de haber logrado el cumplimiento adecuado de todos los objetivos con base a la presencia de síntomas de TCA, se sugieren para próximos estudios, la indagación de conductas agresivas, (Truglia, et. al., 2006) ya que estas, al igual que los sistemas de manipulación (Rodríguez, 2007), son mediados por alteraciones de la enfermedad, hecho usual en el tratamiento por temor a abandonar patrones conductuales o ser descubierto ante un signo del trastorno (González, 2001).

Agregando a esto, el juicio adecuado del trastorno por todo el personal que hace parte del proceso ayudará a identificarlo a tiempo, evitando complicaciones que puedan afectar la salud del individuo, ya que se logrará reestructurar cognitivamente la percepción del éxito mediado por pensamientos autodestructivos, pues de acuerdo a lo evidenciado, (Cash & Pruzinsky, 2002; Zoletic & Duraković-Belko, 2009; Behar & Valdés, 2009; Rodriguez, et al, 2007; Gil, 2005; Bedoya & Marín, 2010; Pascual & Chapur, 2002; Rie, Noordenbos & Furryh, 2005) Esto es ocasionado por la ambición hacia la figura ideal, asegurando su alcance y eficacia, sin importar el sacrificio del proyecto vital.

Es así como gracias a la información obtenida con base a las experiencias de las participantes en el TCA y articulado con la teoría compilada, se hace recomendable para abordar estos factores un tratamiento personalizado, multidisciplinario e integrado, enfocado en las necesidades de la persona, el cual aprecie las características individuales, contando con el acompañamiento del sistema familiar; generando así la evolución adecuada y el mantenimiento de la calidad de vida del paciente.

Gracias al conocimiento de la percepciones de vida de las participantes, se alcanzaron las diferentes formas particulares, por medio del significado subjetivo que rigen sus maneras de actuar y es así como se reconoce la conducta de esta población; para que a futuro, expertos en TCA puedan abarcar estos comportamientos para intervenir de la manera más adecuada, evaluando las características del proceso no observables directamente ni susceptibles de experimentación.

Finalmente, es importante hacer referencia al hecho que revela la actitud positiva y proactiva de las tres participantes que permitieron el desarrollo de la investigación, por medio de la realización de las entrevistas, lo cual facilitó la dinámica del trabajo realizado, movilizándolo a su vez, la expresión emocional y accediendo a profundidad a las experiencias vivenciadas en el trastorno, reconociendo de esta forma sus percepciones individuales acerca de las experiencias en el mismo. Sumado a esto, personalmente quisiera revelar que las mismas, comunicaron sus deseos por compartir para que a futuro, se fortalezcan las falencias vividas en los procesos; y así profesionales, familiares, la sociedad y en especial el individuo, sean conscientes de la gravedad de esta problemática.

ANEXO (I)

Proceso

Categorías de análisis

Percepción de sí mismo Por medio de esta categoría se identificarán variables que puedan afectar la autopercepción de los individuos en el trastorno, puesto abarca los pensamientos de sí mismo, desarrollados por medio de las actitudes propias, también por medio de la observación y la eficacia del propio comportamiento. (Harrison, 2001)

- ¿Qué tipo de relación cree que pueda tener la autoestima de una persona en un proceso de TCA?
- ¿Cómo cree usted que debería evaluarse a sí misma una persona para recuperarse?
- ¿Qué factores podrían estar afectando positiva o negativamente la imagen que tiene la persona con TCA de sí misma?

Creencias sobre el trastorno En esta categoría se tendrán en cuenta las creencias que las jóvenes han venido generando del trastorno a través de sus vivencias personales, ya que estas son aprendidas y vistas como reales, las cuales son ratificadas por su realización a través de acciones efectivas, evaluando así el grado de concientización que tiene cada una de ellas acerca del trastorno. (González, 2001).

- ¿Cuáles son los motivos para que una persona inicie un trastorno alimenticio?
- ¿Qué pensamientos cree usted que podrían favorecer la recuperación en jóvenes con este tipo de trastornos?
- ¿Cuáles factores podrían afectar negativamente su respectiva recuperación?
- ¿Qué creencias debe cambiar una persona para salir de un TCA?

Influencia de la familia y el entorno En esta categoría se identificarán factores que influyen el sentido de identidad del individuo que hacen parte de la formación de creencias y estereotipos que forma la persona durante todo el ciclo vital retroalimentadas por

la familia y el entorno social en el que constantemente de mueve la persona (Weissberg & Quesnel, 2004; Behar & Valdés, 2009).

- ¿Qué conductas de la familia favorecen la presencia del trastorno alimentario?
- ¿Qué conductas de personas distintas a la familia pueden facilitar la presencia de síntomas del trastorno?
- ¿Qué relación podría haber para una joven con un TCA el aspecto físico y la forma en la que interactúa socialmente?
- ¿Qué factores cree usted que podrían mejorar las interacciones familiares y sociales para facilitar la recuperación?

Actitudes de la persona con TCA frente al tratamiento Teniendo en cuenta las consecuencias que generan los TCA, es importante identificar por medio de esta categoría la adherencia y la actitud de estas mujeres al tratamiento que han tenido, teniendo en cuenta sus representaciones mentales de la enfermedad y el apoyo de la red primaria. Las cuales, se encuentran ligadas a la motivación personal y la implantación del tratamiento para la enfermedad. (Fairburn, et. al, 2009)

- ¿Cómo influye en la recuperación la forma en que la persona con TCA participa en el tratamiento?
- ¿Qué le recomendaría a una persona con TCA que va a comenzar un tratamiento para que este tenga éxito?
- ¿Qué le cambiaría al tratamiento que usted recibió para facilitar una más pronta recuperación?

Victoria Pérez R
Médico Psiquiatra
Codirectora Grupo Cambio Vital

TCA y tratamiento. 24

ANEXO (II)

Bogotá, enero 15 de 2012

Señorita
Shaila Liévano
La ciudad.

Me permito expresar mi agrado y colaboración con el trabajo que quieres realizar, me parece muy importante el tema que has querido abordar, en una patología tan difícil como lo son los trastornos de la alimentación.

Lo planteado al querer entrevistar a tres pacientes explorando como han sido sus vivencias en la enfermedad y tratamiento, como ha sido la recuperación y como se han dado las recaídas, puede aportar información útil para el mejor entendimiento de esta patología, no genera riesgos para los entrevistados ya que es una entrevista a la que acceden voluntariamente, dan su consentimiento donde tienen claro que la entrevista es anónima, con objetivos académicos y no tiene fines terapéuticos.

Cordialmente



Victoria Pérez R
Médico Psiquiatra,
Codirectora Grupo Cambo Vital
Rm 4208

Victoria Pérez Rodero
Médico Psiquiatra
R. M. 4208 / 2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bogotá 20 de Diciembre de 2011

Titulo del proyecto: Trastornos alimenticios, tratamiento y conductas de riesgo: mas allá de un molde perfecto.

Objetivo: Identificar los aspectos psicológicos relacionados con la reaparición de síntomas de recaída en trastornos de la conducta alimentaria en tres pacientes dadas de alta del tratamiento.

Procedimiento: realización de un estudio cualitativo tipo descriptivo por medio de entrevistas semiestructuradas a tres jóvenes dadas de alta del tratamiento.

Yo, Diana M^e Roncancio identificado(a) con cedula de ciudadanía

Número 40045645 de Tunja, manifiesto que he comprendido los objetivos y el procedimiento que se llevara a cabo; autorizo a la estudiante de psicología de la Universidad de la Sabana, Shaila Liévano Mejía identificada con cédula de ciudadanía 1020740397, para que lleve a cabo un procedimiento de entrevista psicológica, teniendo pleno conocimiento que la información obtenida va a ser confidencial y con fines exclusivamente académicos, no para terapia. La información será debidamente guardada, protegiendo la identidad de los entrevistados. El nivel de riesgo de la entrevista es inferior al mínimo. Además, se me informa sobre mi derecho a revocar este consentimiento si así lo decidiera, y que al final del proceso se me van a dar los resultados del mismo.

Por último, manifiesto que no recibiré ningún tipo de retribución por mi participación en este ejercicio académico.

Firma entrevistado: Diana M^e Roncancio B

Dirección: Carrera 58 A # 142-52 APTO 401 ATICOS DE la Colina

Teléfono: 2263084 - 3006758820

Firma investigador: Shaila Liévano Mejía

Contacto: 3432847 7580649

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bogotá 10 de Enero de 2012

Titulo del proyecto: Trastornos alimenticios, tratamiento y conductas de riesgo: mas allá de un molde perfecto.

Objetivo: Identificar los aspectos psicológicos relacionados con la reaparición de síntomas de recaída en trastornos de la conducta alimentaria en tres pacientes dadas de alta del tratamiento.

Procedimiento: realización de un estudio cualitativo tipo descriptivo por medio de entrevistas semiestructuradas a tres jóvenes dadas de alta del tratamiento.

Yo, Sylvia Henao identificado(a) con cedula de ciudadanía

Número 1020750960 de Bogotá manifiesto que he comprendido los objetivos y el procedimiento que se llevará a cabo; autorizo a la estudiante de psicología de la Universidad de la Sabana, Shaila Liévano Mejía identificada con cédula de ciudadanía 1020740397, para que lleve a cabo un procedimiento de entrevista psicológica, teniendo pleno conocimiento que la información obtenida va a ser confidencial y con fines exclusivamente académicos, no para terapia. La información será debidamente guardada, protegiendo la identidad de los entrevistados. El nivel de riesgo de la entrevista es inferior al mínimo. Además, se me informa sobre mi derecho a revocar este consentimiento si así lo decidiera, y que al final del proceso se me van a dar los resultados del mismo.

Por último, manifiesto que no recibiré ningún tipo de retribución por mi participación en este ejercicio académico.

Firma entrevistado: Sylvia Henao

Dirección: calle 118 #21-61 apto 403

Teléfono: 6192711

Firma investigador: Shaila Liévano Mejía

Contacto: 314328717

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bogotá, 24/01/2012

Título del proyecto: Trastornos alimenticios, tratamiento y conductas de riesgo: mas allá de un molde perfecto.

Objetivo: Identificar los aspectos psicológicos relacionados con la reaparición de síntomas de recaída en trastornos de la conducta alimentaria en tres pacientes dadas de alta del tratamiento.

Procedimiento: realización de un estudio cualitativo tipo descriptivo por medio de entrevistas semiestructuradas a tres jóvenes dadas de alta del tratamiento.

Yo, Gloria Natalia Bohórquez Ramírez identificado(a) con cedula de ciudadanía

Número 53.166.677 de Bogotá D.C. manifiesto que he comprendido los objetivos y el procedimiento que se llevara a cabo; autorizo a la estudiante de psicología de la Universidad de la Sabana, Shaila Liévano Mejía identificada con cédula de ciudadanía 1020740397, para que lleve a cabo un procedimiento de entrevista psicológica, teniendo pleno conocimiento que la información obtenida va a ser confidencial y con fines exclusivamente académicos, no para terapia. La información será debidamente guardada, protegiendo la identidad de los entrevistados. El nivel de riesgo de la entrevista es inferior al mínimo. Además, se me informa sobre mi derecho a revocar este consentimiento si así lo decidiera, y que al final del proceso se me van a dar los resultados del mismo.

Por último, manifiesto que no recibiré ningún tipo de retribución por mi participación en este ejercicio académico.

Firma entrevistado: Natalia Bohórquez

Dirección: Cm 57 No-106-15

Teléfono: 6137357

Firma investigador: Shaila Liévano Mejía

Contacto: Shaili.0920@gmail.com
314 328717

ANEXO (III) CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bogotá, d/m/a.

Título del proyecto: Trastornos alimenticios y tratamiento: más allá de un molde perfecto.

Objetivo: identificación de aspectos psicológicos relacionados con la presencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en tres pacientes que han seguido un proceso terapéutico.

Procedimiento: realización de un estudio cualitativo tipo descriptivo por medio de entrevistas semiestructuradas a tres mujeres que han atravesado un tratamiento para el trastorno.

Yo, _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía

Número _____ de _____ manifiesto que he comprendido los objetivos y el procedimiento que se llevara a cabo; autorizo a la estudiante de psicología de la Universidad de la Sabana, Shaila Liévano Mejía identificada con cédula de ciudadanía 1020740397, para que lleve a cabo un procedimiento de entrevista psicológica, teniendo pleno conocimiento que la información obtenida va a ser confidencial y con fines exclusivamente académicos, no para terapia. La información será debidamente guardada, protegiendo la identidad de los entrevistados. El nivel de riesgo de la entrevista es inferior al mínimo. Además, se me informa sobre mi derecho a revocar este consentimiento si así lo decidiera, y que al final del proceso se me van a dar los resultados del mismo.

Por último, manifiesto que no recibiré ningún tipo de retribución por mi participación en este ejercicio académico.

Firma entrevistado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma investigador: _____

Contacto: _____

Referencias

- Acosta, M. & Gomez-Peresmitré, G. (2003). *Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. (3), 9-21.
- American Psychology Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, texto revisado. Barcelona: Masson.
- Andersen, A & Yager, J. (2005). Eating disorders. In Kaplan and Sadock's (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. (1), 2002–2021.
- Bedoya, M & Marín, A. (2010). Cuerpo vivido e identidad narrativa en mujeres diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Medellín: Kimpres (3), 544-555.
- Behar, R., & Valdés, C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*. (3), 178-189.
- Calvo, R; Puente, R. & Vilariño, P. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria: Cómo actuar desde la familia: claves para prevenir y tratar trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia desde la familia*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Nueva York: The Guilford Press.
- Castillón, D; Luna, I. & Avendaño, G. (2007). *Validación del BodyShapeQuestionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para población colombiana*. *Acta Colombiana de Psicología*. (1), 15-23.
- Cohen, B. (2006). *Psiquiatría: teoría y práctica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Collins, P; Collins, C & Berry, J. (2008) *The Impact of Family and Friends in Women with Eating Disorders*. Based on a program presented at the ACA Annual Conference & Exhibition, Honolulu.
- DeSocio, J; O'Toole, J; Nemirow, S; Lukach, M. & Magee, M. (2007). Screening for childhood eating disorders in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*. (9), 16- 20.
- Dittmar, H; Halliwell, E. & Stirling, E. (2009). Understanding the impact of thin media models on women's body -focused affect: The roles of thin-ideal internalization and weight-related self-discrepancy activation in experimental exposure effects. *Journal of Social and Clinical Psychology*. (1), 43-72.
- Fairburn, C. & Beglin S (2004). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. (147), 401-408.

- Fairburn, C; Cooper, Z; Doll, H; O'Connor, M; Bohn, K; Hawker, D; Wales, J & Palmer, R. (2009). Transdiagnostic Cognitive-Behavioural Therapy for Patients with Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*. (166), 311-319.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001) *Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (104), 122–130.
- Gil, E. (2005) *Anorexia y bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas*. Tesis Doctoral. Instituto de Estudios de la Mujer. Editorial de la Universidad de Granada.
- Giraldo, O., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la promoción de la Salud*. (15), 128-143.
- González, R (2001). *Comunidad Terapéutica y trastornos duales*, Montevideo: Psicolibros.
- Harrison, K. (2001). Ourselves, our bodies: Thin-ideal media, self-discrepancies, and eating disorder symptomatology in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*. (20), 289-323.
- Handy, J & Ross, K. (2005). Using written accounts in qualitative research. *South pacific journal of psychology*.(1), 40-47.
- Hernández S, Fernández-Collado C. & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2005). Encuesta nacional de la Situación Nutricional en Colombia.
- Kirszman, D & Salguero, M. (2001) La experiencia de sufrimiento en los trastornos alimentarios: Hacia un modelo integrativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. (1), 49-62.
- Lamerias, M; Calado, M; Rodríguez Y. & Fernández, M (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of clinical and healthPsychology*. (3), 23-33.
- León, M; Medina, S; Barriga, S; Ballesteros, A. & Herrera, I. (2004). *Psicología de la Salud y la Calidad de Vida*. Barcelona: UOC.
- Lilenfeld, L; Wonderlich, S; Riso, L; Crosby, R. & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*.(26), 299-320.

- Louise, A. (2009) *Eating Disorder and the Experience of Self: An Interpretative Phenomenological Analysis*. A Thesis submitted in partial fulfilment of the requirements of the University of Hertfordshire for the degree of Doctor of Clinical Psychology.
- Lyubomirsky, S., Sousa, L. & Casper, R. (2006). Qué provoca la alimentación normal en mujeres con bulimia. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Psiquiátrica*. (16), 55-56.
- Marvin, H. (2001) *The Rise of Anthropological Theory: A History of Theories of Culture*. Londres AltaMira Press.
- Miller, L., & Hays, R. (2000) *Adherence to combination therapy: Synthesis of the literature and clinical implications*. *AIDS Reader*. (10), 177-185.
- Nogales, I. (2007) *El papel de la ansiedad en los trastornos alimentarios*. Universidad AbatOliba. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/51265217/TFC-NOGALES-2007>.
- Pascual, A., & Chapur, P. (2002) *Vivir peligrosamente, Anorexia y Bulimia*. Barcelona. M & M Euroeditors
- Pérez, I. (2004). *La anorexia*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2010, de <http://alumneshd.ub.edu/pub/79282092/Anorexia/presentacion.html>.
- Rie, S., Noordenbos, G. & Furth, E. (2005) Quality of life and eating disorders. *Quality of life research*. (14), 1511-1522.
- Rodríguez, T. (2007) Trastorno límite de personalidad: constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. (14), 55-56.
- Saldaña, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*. (13), 381-392
- Salorio, P; Soler, F; García, M; Martínez, M; Pagan, G. & López, I. (2010). *Ira e impulsividad en los trastornos de la conducta alimentaria. Un estudio preliminar*. 11 Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
- Sánchez, C; Torres, I. & Borda, M. (2002) Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II) *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. (3), 426-428.
- Scott, J; Peterson, C; Swanson, S; Raymond, N; Specker, S; Eckert, E; Mitchell, J. (2009) *Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders*. *Am J Psychiatry*. (166), 1342-1346.

- Silva, J. (2008) Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad, Parte II: Un Marco de Referencia Neurocientífico para el Desarrollo de Técnicas Psicoterapéuticas y Programas de Prevención. *Terapia psicológica*. (1), 99-115.
- Sim, L. & Zeman, J. (2006). The contribution of Emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of youth and adolescence*. (35), 219-228.
- Troncoso, C y Daniele, E. (2010). *Las entrevistas semiestructuradas como instrumentos de recolección de datos: Una aplicación en el campo de las Ciencias naturales*. Facultad de Ingeniería: Universidad de Comahue.
- Truglia, E; Mannucci, S; Lassi, C; Rotella, C; Faravelli, C. & Ricca, V. (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: a review, *Psychopathology* (39), 55–68.
- Unikel, C. & Gomez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*. (1), 38-49.
- Valles, M. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: CIS.
- Vansteelandt, K., Pietersb, G., Vandereyckena, W., Claesa, L., Probstb, M. & Van, I. (2003) Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experiencesampling methodology. *Eating Behaviors*. (5), 67–74.
- Walsh, F. (2006) *Strengthening Family Resilience* 2nd ed. New York. Guilford Press
- Wechselblatt, T., Gurnick, G. & Simón, R. (2000). Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: a clinical case series using grounded theory. *Bouletin of the Menninger Clinic*. (64), 91-123.
- Weissberg, K. & Quesnel, L. (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud, Guadalajara, México, D.F.
- Yager, J., Devlin, M., Halmi, K., Herzog, D., Mitchell, J., Powers, P. & Zerbe, K. (2006). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders third edition. *APA Practice guidelines*. (163), 4-54.
- Zoletic, E. & Duraković-Belko, E. (2009). Body image, perfectionism and eating disorders symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. *Psychiatra Danubina*. (3), 302–309.